

1. CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT OU LE PATIENT

Nom du participant : _____ Date de naissance :

A	A	A	A	M	M	J	J

Nom de l'assureur : _____ N° de groupe et certificat : _____

Nom du patient (si différent) : _____ Date de naissance :

A	A	A	A	M	M	J	J

Adresse : _____ Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Courriel : _____

Recevez-vous de l'aide financière d'une autre provenance ou avez-vous présenté une demande d'aide financière à un autre organisme (par exemple en vertu d'un programme d'aide provincial ou d'un programme d'aide aux patients?) Oui Non

Si votre demande a été acceptée, veuillez fournir une copie de la réponse reçue. Si elle a été refusée, veuillez en donner la raison :

Je **consens** à ce que toute déclaration figurant sur le présent formulaire serve à l'évaluation de la demande de remboursement de médicament que j'ai présentée en mon nom personnel ou au nom d'une de mes personnes à charge. Si la demande de remboursement de médicament vise l'une de mes personnes à charge, je **déclare** avoir l'autorisation de divulguer des renseignements sur cette personne aux fins de la demande de remboursement de médicament. En mon nom personnel et au nom de ma personne à ma charge, j'**autorise** mon médecin ou fournisseur de soins de santé à divulguer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») et à échanger avec elle les renseignements demandés dans le présent formulaire concernant le médicament, qu'il me soit destiné ou qu'il soit destiné à ma personne à ma charge. Je **consens** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à iA Groupe financier, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs, à ses fournisseurs et aux autres organisations travaillant avec iA Groupe financier à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande de remboursement de médicament.

Je **reconnais** qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date :

A	A	A	A	M	M	J	J

2. CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PRESCRIPTEUR AUTORISÉ (MÉDECIN, RÉSIDENT EN MÉDECINE OU CHIRURGIEN-DENTISTE)

Nom du prescripteur : _____ N° d'inscription à la régie : _____

Adresse : _____ Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Télécopieur :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Courriel : _____

Médicament visé par la demande (IMPORTANT : Utiliser un formulaire pour **chaque** médicament.)

Nom du médicament :	Forme pharmaceutique :	Teneur :	Durée du traitement du : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> au : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J									A	A	A	A	M	M	J	J								
A	A	A	A	M	M	J	J																												
A	A	A	A	M	M	J	J																												
Posologie :			Le médicament devra-t-il être administré à l'hôpital? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																

Justification de la demande (Inscrire toute information pertinente permettant d'évaluer la demande)

Diagnostic : _____

Signature du prescripteur **X** _____ Date :

A	A	A	A	M	M	J	J

COMMENT NOUS FAIRE PARVENIR VOTRE FORMULAIRE :

Par courrier : iA Groupe financier / Réclamations
 1611, boul. Crémazie Est, bureau 900
 Montréal (Québec) H2M 2P2

Par télécopieur : 1 877 627-9313